

Nuestros empleados son entrenados frecuentemente con la administracion de la division .

Nota: La siguiente información es necesaria para ayudar en el tramite de su demanda.

Información del Denunciante:

Fecha _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad / Estado / Código Postal: _____

Número de teléfono (casa): _____

Número de Teléfono (Trabajo): _____

Dirección De Correo Electrónico: _____

Formatos de Requisitos accesibles? (Seleccione una o más)

o la ampliación de foto

o cinta de audio

o Otros

B. persona discriminada (otra persona que no sea querellante):

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad / Estado / Código Postal: _____

Número de teléfono (casa): _____

Número de Teléfono (Trabajo): _____

Dirección De Correo Electrónico: _____

Relación con la persona querellante: _____

Por favor, explique por qué usted presenta querrela para un tercero: _____

Por favor, confirma que ha obtenido el permiso de la parte perjudicada, si usted está presentando en nombre de un tercero.

Sí

No

C. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la razón por la que cree que se produjo la discriminación ?

Raza Color Origen Nacional

Otras razones:

D. ¿En qué fecha (s) ocurrió la supuesta discriminación ocurrió? (Fechas incluidas a continuación)

Fecha: _____

Fecha: _____

Fecha: _____

Fecha: _____

Fecha: _____

Otras:

E. Por favor, describa la supuesta discriminación. Explique lo que pasó y quien considera que fue responsable. Describa todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la persona (s) que lo discriminó (si se conoce), así como los nombres y la información de los testigos en contacto. Si necesita espacio adicional, agregue una hoja de papel.

F. ¿Ha presentado esta demanda ante cualquier otro, estatal o agencia local Federal, o con cualquier corte federal o estatal? Listar todos los que aplican.

Agencia Federal _____

Tribunal Federal _____

Agencia Estatal _____

Tribunal Estatal _____

Agencia Local _____

Si ha presentado demanda con agencias arriba mencionadas , proporcione información acerca de una persona de contacto en la agencia / tribunal donde se presentó la denuncia.

Nombre: _____

Título: _____

Dirección: _____

Ciudad / Estado / Código Postal: _____

Número de teléfono (casa): _____

Número de Teléfono (Trabajo): _____

Dirección De Correo Electrónico: _____

G. Por favor firme abajo. Puede adjuntar cualquier material escrito o cualquier otra información que usted piensa que es relevante para su demanda.

Firma _____

Fecha _____

Adjuntos: Si _____ No _____

H. Envíe el formulario y cualquier información adicional a:

Hilda Diaz, Directora de programa de Servicios Adultos Mayores & Transportacion, 165 5th Avenue, Paterson, New Jersey 07524